

Sehr geehrte Patient\*Innen,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Unser Ziel ist es, Ihnen unsere bestmögliche medizinische Versorgung zu bieten. Darum sind Vorabinformationen über Sie und Ihre medizinische Vorgeschichte von entscheidender Wichtigkeit. Wir möchten Sie daher bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und den Fragebogen bestmöglich auszufüllen, damit keine wichtigen Details verloren gehen.

Des Weiteren bitten wir Sie, uns Ihren **Impfausweis** sowie eventuell vorhandene **Arztberichte** über Ihre Behandlungen vorzulegen.

*Ihre Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.*

Bei Fragen zum Ausfüllen sprechen Sie uns an, wir helfen Ihnen gern weiter.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Allgemeine Daten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	
Straße	Ort
Telefon	Mobil
E-Mail-Adresse	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Weitere behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung):	

Soziales/Familie	
Beruf:	
<input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Teilzeit % <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> Rentner
Treiben Sie Sport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sportart: ~ Std./Woche
Größe cm Gewicht kg	<input type="checkbox"/> Alkoholkonsum ~ mal/Woche
<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum Seit wann?	Zigaretten/Tag: aufgehört seit:
<input type="checkbox"/> Anerkannte Schwerbehinderung: %	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung – Betreuer:	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
Sie sind <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	Leben Sie allein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie alleinerziehend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ernährung <input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan	weiteres:
Frauen <input type="checkbox"/> sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> stillen Sie?	<input type="checkbox"/> nehmen Sie die Pille?



# Praxis Kirchviertel

Leiden oder litten Ihre Eltern | Geschwister | Großeltern an:

- Bluthochdruck     Herzerkrankung     Schlaganfall?     Krebserkrankung     Demenz/Alzheimer  
 Thrombose     Asthma/COPD     Diabetes     Sonstiges:

in welchem Jahr hatten Sie Ihre letzte Check-Up Untersuchung:

Ihr letztes Hautkrebsscreening:

Ihre letzte Darmspiegelung:

Nehmen Sie an einem Gesundheitsprogramm Ihrer Krankenkasse (DMP) teil?

- DMP Diabetes     DMP Asthma/COPD     DMP KHK

## Medizinische Vorgeschichte

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

### Allergien

- Hausstaub     Pollen     Nahrungsmittel:  
 Medikamente:  
 sonstiges:

### Stoffwechsel

- Diabetes mellitus     Typ 1     Typ 2     Insulintherapie  
 Schilddrüse:     Unterfunktion     Überfunktion  
     Morbus Hashimoto     Morbus Basedow  
 Cholesterin-/Blutfetterhöhung     Gicht  
 sonstiges:

### Lunge

- Asthma     COPD     Chronische Bronchitis     Silikose  
 Sarkoidose     Lungenembolie     Lungen-Bluthochdruck  
 Lungenkrebs     Emphysem     sonstiges:

### Herz/ Kreislauf

- Bluthochdruck     Herzschwäche     KHK     Herzinfarkt  
 Herzkatheter/Stent: Wann?    Welche Klinik/Praxis?  
 Herzrhythmusstörungen     Vorhofflimmern  
 Schwindelanfälle     Bewusstlosigkeit/Synkopen  
 Sind Sie Schrittmacherträger? (Bitte Ausweis vorlegen)

### Gefäße

- Thrombose     Verengung der Halsarterien     Verengung der Beinarterien  
 Gefäßverkalkungen     Stent in den Halsarterien     Stent in den Beinarterien  
 Gefäßoperationen (s.u.)

### Leber

- Fettleber     Zirrhose     Gallenblasensteine     Operation  
 Bauchspeicheldrüsenentzündung akut/chronisch

### Darm

- Verstopfung     Durchfälle     Darmbluten     Darmverschluss  
 Darmkrebs     Darmoperation (s.u.)     Morbus Crohn     Colitis  
 Polypenentfernung bei Darmspiegelung (wann):

### Niere/ Harnblase

- Nierenschwäche     Dialyse     Nierensteine  
 Chronische Harnblasenentzündung     Blasen-/Nierenoperation (s.u.)

### Augen

- Grauer Star     Grüner Star     Kurz-/Weitsicht     Brille/Kontaktlinsen

### HNO

- Schwerhörigkeit     Taubheit     Hörgerät







# Praxis Kirchviertel

Praxis Kirchviertel, Brenscheder Str. 50, 44799 Bochum  
Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V und nach DSGVO  
Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Name

Geburtsdatum

Vorname

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Abrechnungsstellen, Inkassounternehmen übermittelt werden können.
- dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Laboren, Fachkollegen, Pflegediensten, Pflegeheimen und weiteren Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern aber auch übermitteln kann.
- die Praxis mich an Untersuchungen (Vorsorge, Kontrolltermine, Impfungen, vereinbarte Termine etc.) erinnert (telefonisch, postalisch, per Messenger, E-Mail, persönlich, Online-Terminbuchung).
- dass medizinische Informationen (z.B. Allergien, Medikationen, Diagnosen etc.) nach Maßgabe der Krankenkasse und des Gesetzgebers auf meiner elektronischen Gesundheitskarte und in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden.
- dass Personen aus meinem nahen Umfeld (Eltern, Kinder, Partner, Freunde, Nachbarn und Dienstleister) ärztliche Verordnungen und Schriftsachen abholen können.
- dass Daten über die ärztliche Behandlung an folgende Personen weitergegeben werden dürfen:

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift

## Informationen zu jameda / Einwilligung in digitale Kommunikation

Wir setzen den Online-Terminkalender von jameda ein, um unser Terminmanagement effizient zu organisieren und um mit Ihnen rund um die Termine digital zu kommunizieren. Sie haben damit die Möglichkeit, Termine mit uns jederzeit auch bequem online zu buchen, auch außerhalb der Öffnungszeiten.

jameda ist hierbei für uns als sogenannter Auftragsdatenverarbeiter tätig. Das bedeutet, jameda verarbeitet Ihre Daten nicht für eigene Zwecke, sondern handelt ausschließlich als unser verlängerter Arm auf unsere Weisungen hin (es sei denn, Sie erstellen ein Nutzerkonto bei jameda oder haben ein solches erstellt, um z. B. Termine zu buchen; in diesem Fall würde jameda Ihre Daten gemäß der eigenen Datenschutzerklärung verarbeiten). Wir haben mit jameda entsprechende vertragliche Vereinbarungen getroffen, die die Sicherheit Ihrer Daten gewährleisten. Hierzu zählt insbesondere die Verschlüsselung aller Daten sowohl auf dem Transportweg als auch während der Speicherung.

Mit Ihrem Einverständnis werden wir Ihnen Buchungsbestätigungen, Erinnerungen und andere Nachrichten, die für die Verwaltung Ihrer Termine und die Durchführung der Behandlung relevant sind, per E-Mail und SMS zusenden. Diese Nachrichten werden von jameda versendet und erscheinen im Design von jameda, werden aber von uns kontrolliert.

Ja, ich bin damit einverstanden, per E-Mail oder SMS zu meinen Terminen, der Behandlung und meinem Gesundheitszustand kontaktiert zu werden, sofern es für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Zusätzlich möchten wir Ihnen über jameda gerne weitere, für die Durchführung der Behandlung nicht erforderliche, Informationen per E-Mail oder SMS zukommen lassen, wie z.B. Erinnerungen an wichtige Vorsorgeuntersuchungen, Vorschläge von Behandlungsmöglichkeiten, Informationen zu dem Leistungsangebot unserer Praxis oder Fragen nach Feedback zu Ihrer Behandlung.

ja, ich bin damit einverstanden, per E-Mail oder SMS zu den oben genannten weiteren Zwecken kontaktiert zu werden.

Ich, \_\_\_\_\_

, habe diese Informationen erhalten und zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)

Datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle ist der/die Datenschutzbeauftragte der Praxis Kirchviertel. Sofern eine der hier genannten Datenverarbeitung für die Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich ist, stützen wir diese auf Art. 6 Abs. 2 b) DSGVO in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 h) DSGVO, andernfalls auf Ihre Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 2 a) DSGVO in Verbindung mit Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO. Eine solche Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die hier genannten personenbezogenen Daten werden wir für die Dauer des Bestehens des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen speichern, mindestens aber entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Eine gesetzliche oder vertragliche Pflicht, diese Daten bereitzustellen, besteht für Sie nicht. Ohne diese Daten werden wir Ihnen aber möglicherweise nicht alle unsere Services anbieten können. Automatisierte Entscheidungsfindungen erfolgen in diesem Rahmen nicht. Für Sie bestehen gegenüber uns Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, auf Widerspruch und ebenfalls ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.